

**Univerzita Karlova v Praze**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra speciální pedagogiky**



**Sekundární a terciární prevence závislostí  
na návykových látkách**

Secondary and tertiary prevention of drug abuse

*Bakalářská práce*

Praha 2011

**Vedoucí bakalářské práce:**

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

**Autor práce:**

Jakub Janyška

**PROHLÁŠENÍ:**

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a použil jen prameny uvedené v seznamu literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Karlově v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.**

**V Praze, dne 8. dubna 2011**

.....

**Jakub Janyška**

### **PODĚKOVÁNÍ:**

**Děkuji vedoucí mé bakalářské práce doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky. Děkuji všem zaměstnancům nízkoprahových center a terénních programů za inspiraci. Děkuji protidrogové koordinátorce hlavního města Prahy za poskytnutí materiálů a dat. V neposlední řadě děkuji kamarádům a mým nejbližším za jejich podporu.**

**NÁZEV:**

Sekundární a terciární prevence závislostí na návykových látkách

**ABSTRAKT:**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku sekundární a terciární prevence závislostí na návykových látkách. V prvních částech se věnuji obecným pojmům, jako je: prevence obecně, protidrogová politika, zákony, vyhlášky, mezinárodní úmluvy, orgány a mechanismy OSN zaměřené na kontrolu narkotik.

Druhá část práce je zaměřena na specifika hlavního města Prahy v oblasti protidrogové politiky, systém služeb a charakteristiku jednotlivých zařízení v oblasti sekundární a terciární prevence.

Ve třetí části se podrobněji zabývám problematikou Harm Reduction a vlastní analýzou srovnání specializovaných zařízení v některých aspektech poskytovaných služeb.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

návykové látky, zákony a drogy, sekundární prevence, terciární prevence, Harm Reduction, léčba, uživatel služeb, problémový uživatel drog, terénní programy, kontaktní centra, doléčování

**TITLE:**

Secondary and tertiary prevention of drug abuse

**ABSTRACT:**

Bachelor's thesis is focused on secondary and tertiary prevention of drug abuse. In first part I follow general issues such as prevention generally, drug policy, laws, ordinances, international conventions, principal organs of UN oriented on narcotic inspection. Second part is focused on specifics of drug policy, service system and characteristic of individual institutions in area of secondary and tertiary prevention in capital city Prague. In third part I focus on Harm Reduction issues in more detail and on my own analysis devoted to comparison of specialized institutions in particular aspects of provided services.

**KEY WORDS:**

addictive substances, laws and drugs, secondary prevention, tertiary prevention, Harm Reduction, treatment, service user, problem drug user, field programs, contact center, aftercare

*Nic nemůže člověka obohatit nebo ochudit, tak jako jeho vlastní rodina.*

Chytrý

*To co zkazí špatná matka, sebelepší otec nespraví. Ale, skutečně dobrá matka může napravit to, co zkazí špatný otec.*

Janyšková

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1 POJMY .....</b>	<b>10</b>
1.1 PREVENCE .....	10
1.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	10
1.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE .....	10
1.4 HARM REDUCTION .....	10
1.5 KONTAKTNÍ CENTRUM .....	11
1.6 TERÉNNÍ PROGRAMY PRO UŽIVATELE DROG .....	12
1.7 ŠLEHÁRNA .....	13
1.8 DETOXIFIKACE .....	13
1.9 LÉČENÍ, LÉČBA .....	14
1.10 DENNÍ STACIONÁŘ .....	14
1.11 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY .....	15
1.12 DOLÉČOVÁNÍ .....	15
<b>2 DŮLEŽITÉ ZÁKONY A VYHLÁŠKY.....</b>	<b>17</b>
2.1 NÁVRH NOVELY ZÁKONA Č. 167/1998 SB., O NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH Z 11. 2. 2011, SNĚMOVNÍ TISK 260/0, ČÁST Č. 1/3 .....	18
2.2 ZÁKON Č. 40/2009 SB., TRESTNÍ ZÁKONÍK .....	19
<b>3 SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCE V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAZE.....</b>	<b>24</b>
3.1 SOUČASNÁ DROGOVÁ SCÉNA V HLAVNÍM MĚSTĚ PRAZE .....	24
3.1.1 <i>Užívání drog v hlavním městě Praze – problém velkoměsta .....</i>	<i>24</i>
3.1.2 <i>Problémové užívání drog v roce 2009 .....</i>	<i>25</i>
3.1.3 <i>Problémoví uživatelé návykových látek – celkem .....</i>	<i>26</i>
3.1.4 <i>Odhad počtu PUD podle druhu zneužívané látky v roce 2009 ve srovnání s rokem 2008.....</i>	<i>26</i>
3.1.5 <i>Žádosti o léčbu - situace za rok 2009 .....</i>	<i>26</i>
3.2 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE V SOUVISLOSTI S UŽÍVÁNÍM DROG .....	31
3.3 DROGOVÁ KRIMINALITA .....	32
3.4 SYSTÉM SLUŽEB V HMP .....	35

3.4.1	<i>Klasifikace typu služeb podle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)</i> .....	36
3.5	PŘEHLED UŽÍVANÝCH LEGÁLNÍCH A NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	36
3.6	CENY NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE SROVNÁNÍ LET 2006 - 2009 .....	37
<b>4</b>	<b>SPECIALIZOVANÉ SLUŽBY V HMP</b> .....	<b>40</b>
4.1	SANANIM o. s. ....	40
4.1.1	<i>Vlastní zkušenosti ze tří programů o. s. SANANIM</i> .....	44
4.2	DROP IN o.p.s. ....	45
4.3	PROGRESSIVE o. s. ....	48
4.4	ESET o.s. ....	49
<b>5</b>	<b>HARM REDUCTION - SROVNÁNÍ VÝKONNOSTI SLUŽEB V HMP</b>	
	<b>V LETECH 2009 A 2010</b> .....	<b>50</b>
5.1	PŘEHLED ZA ROK 2009 .....	50
5.2	PŘEHLED ZA ROK 2010 .....	51
5.3	SROVNÁNÍ VÝMĚNNÝCH PROGRAMŮ STŘEDISEK HMP V LETECH 2005 AŽ 2010.....	52
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>54</b>
6.1	ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	56
6.2	SAZBA A FORMA CITACE.....	56



# Úvod

V posledních letech se čím dál víc hovoří o fenoménu drog. Bohužel díky nevědomosti široké veřejnosti se tento jev bere silně negativně a málokdo si uvědomuje, že závislost na návykových látkách je definována dle světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) jako nemoc.

*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a tedy nejen nepřítomnost nemoci. Definice zdraví dle WHO.*

## **Protidrogová politika HMP je nástrojem pro ochranu veřejného zdraví obyvatel**

Často používané argumenty, že některé programy, zejména výměnné, se dělají proto, aby se „uživatelům lépe fetovalo“ atd., jsou nesmyslné a hloupé. Všechny aktivity protidrogové politiky směřují k zabránění dopadů na veřejnost (bezpečnostních, zdravotních, sociálních), ale také k pomoci uživatelům drog (UD) dostat se ze závislosti a žít NEZÁVISLÝ život nebo alespoň zlepšit kvalitu jejich života.

Podle WHO lze drogovou závislost definovat jako psychický i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí byla závislost definována jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má udaného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Pro možnost pozitivně ovlivňovat problematiku drogových závislostí je velice důležité zachovat služby a jejich síť v Praze na takové úrovni, na jaké je dnes. V každém případě je třeba reagovat na vývoj drogové scény, jejich specifika a využívat zkušeností a znalostí, jak v rámci Prahy, České republiky, ale i mezinárodních. Každý by si měl uvědomit, že prevence, harm reduction i léčba stojí daňové poplatníky mnohem méně, než nic neřešící represe, jak dokazují výzkumy na toto srovnání zaměřené. Samozřejmě, že závislost není polehčující okolností při páchání trestné činnosti.

# **1 Pojmy**

## **1.1 Prevence**

Prevence (u alkoholu a drog) je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. Podle WHO se rozlišuje: (1) primární prevence, tj. předcházení užití u osob, kteří dosud s drogou nejsou v kontaktu; obvykle ztotožňovaná s prevencí bez dalšího přívlastku, (2) sekundární prevence, tj. předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají; obvykle používána jako synonymum pro poradenství a léčení, (3) terciární prevence, tj. předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog; v tomto smyslu je terciární prevencí jednak resocializace či sociální rehabilitace, jednak opatření zaměřená především na snížení přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog, souborně zvaná Harm Reduction (Kalina, 2001, s. 85).

## **1.2 Sekundární prevence**

Předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina, 2001, s. 97).

## **1.3 Terciární prevence**

Předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí: (1) resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, (2) intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog (Kalina, 2001, s. 109).

## **1.4 Harm Reduction**

Jako „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či

zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. šlehárny. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů (Kalina, 2001, s. 43).

## **1.5 Kontaktní centrum**

Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nízkoprahová“ ("low threshold").

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Provozu kontaktní místnosti napomáhá spoluspráva z řad klientů. Doba pobytu v kontaktní místnosti je obvykle časově omezena (většinou na 2 hodiny, v zimním období 3 hodiny). Klienti kontaktní místnosti mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy, nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost

se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem. Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B, C a HIV. Klienti kontaktní místnosti jsou obvykle anonymní.

Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematičtější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (předléčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpůrné a informační rodičovské skupiny (Kalina, 2001, s. 55-56).

## **1.6 Terénní programy pro uživatele drog**

Komunitní programy pro problémové uživatele drog; jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s drogami spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C. Terénní programy mohou intervenovat již na počátku drogové kariéry uživatele, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům aplikace.

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří: (a) výměna injekčních jehel a stříkaček, (b) distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání, (c) distribuce kondomů, (d) základní zdravotní ošetření, (e) základní, tzv. kontaktní poradenství a informace, (f) distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod. Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika (Kalina, 2001, s. 109-110).

## 1.7 Šlehárna

Aplikační místnost. Patří do oblasti služeb Harm Reduction. Jedná se o chráněné prostory, obvykle v blízkosti drogové scény, kde si mohou injekční uživatelé v klidu a bezpečně aplikovat drogu. Přítomnost proškoleného personálu zajišťuje možnost intervence v případě předávkování, standardně jsou dostupné potřeby pro bezpečnou aplikaci – sterilní injekční náčiní, sterilní voda, atp. Standardem je také sběr a bezpečná likvidace použitého náčiní (Kalina, 2001, s. 106).

*Zahraniční zkušenosti ukazují, že poslední jmenovaná služba výrazně ovlivňuje otevřenou drogovou scénu. V České republice však zatím není politická vůle k zavedení „Šleháren“ do protidrogové prevence.*

## 1.8 Detoxifikace

Léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikačním centrem či jednotkou. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžku všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky. Pokud se používá medikace, předepisuje se obvykle látka, jež má zkříženou toleranci a zkříženou závislost k látce, kterou užívá pacient (u závislosti na heroinu metadon nebo buprenorfin). Dávkování počítá s ulehčením odvykacích příznaků bez způsobení intoxikace a postupně se snižuje. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní po té, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak je vysoké riziko relapsu a pokud si propuštěný klient vezme dávku drogy, na niž byl předtím nastavený, může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování. Důležitým doprovodem detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči.

V současnosti narůstá trend uskutečňovat detoxifikaci v neformálním prostředí, včetně klientova vlastního domova. Detoxifikace uskutečňovaná v domácí péči zahrnuje návštěvy lékařského personálu a rodině nebo přátelům je poskytována neformální podpora (Kalina, 2001, s. 28-29).

## **1.9 Léčení, Léčba**

U závislostí se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví.

Léčení používá řady metod či přístupů: farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie. Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá.

Účinná léčba má (podle NIDA) splňovat tyto charakteristiky: (1) individualizovaný obsah a rozsah- neexistuje jednotná léčba vhodná pro všechny klienty, (2) včasná a rychlá dostupnost, (3) zaměření na komplexní problémy klienta, nikoliv pouze na drogovou závislost, (4) průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta, (5) přiměřeně dlouhá doba setrvání v léčbě – za účinné minimum se obvykle pokládá léčba v délce 3 měsíců, (6) nezbytné používání psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd., (7) vhodné použití léků, zejména při detoxifikaci nebo v případě psychických komplikací, (8) možnost léčit souběžnou psychickou poruchu či komplikaci současně se závislostí, (9) používání detoxifikace jako vhodného úvodu do léčby, nikoliv jako samostatného opatření, (10) využití případného vnějšího donucení pro získání motivace, (11) průběžné monitorování případného užití drogy, (12) zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid, (13) zahrnutí možnosti relapsu a potřeby více léčebných epizod do dlouhodobé perspektivy klienta (Kalina, 2001, s. 60-61).

### **1.10 Denní stacionář**

Zařízení poskytující denní péči, tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Uplatňují se u zdravotně postižených, seniorů, chronicky nemocných dětí, duševně nemocných či drogově závislých osob, podle cílové skupiny a zaměření mohou mít charakter ošetrovatelský, rehabilitační (resocializační) nebo léčebný. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Pro uživatele, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, je vhodnější ústavní nebo rezidenční léčba, denní stacionář se s ní však může vhodně kombinovat (předcházet nebo navazovat zejména na kratší pobyty).

Strukturovaný program v denní péči o drogově závislé by měl podle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4 hodiny denně po 5 dní v týdnu. Obvykle je založen na skupinové práci a uplatňují se v něm prvky terapeutické komunity. Prevence relapsu a práce s rodinou má být nezbytnou součástí denní péče. Důraz je kladen na nezávislost jedince a jeho odpovědnost. Programy tohoto typu klientovi umožňují zachovat síť rodinných a sociálních vztahů (pokud existují) i po dobu léčby (Kalina, 2001, s. 26).

### **1.11 Terapeutické komunity**

Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.

Účinné faktory terapeutické komunity jsou následující: (1) bezpečné prostředí pro růst, (2) jednotná filosofie, (3) terapeutická struktura, (4) rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií, (5) sociální učení prostřednictvím sociální interakce, (6) učení prostřednictvím krizí, (7) terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, (8) zodpovědnost klientů za své chování, (9) zvyšování sebehodnocení vlastní prací a zažitým úspěchem, (10) zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot, (11) konfrontace, (12) pozitivní tlak ostatních klientů, (13) učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce, (14) změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní, (15) zlepšení vztahů s původní rodinou.

Vznik a odborné zpracování TK se spojuje se jménem britského psychiatra Maxwella Jonese, první TK byla založena v r. 1947 v Melrose ve Skotsku. TK se uplatňují nejen v léčbě a resocializaci závislých, ale také u jiných diagnostických skupin (neurózy, psychózy, poruchy chování) a rovněž v psychoterapeutickém výcviku. První TK pro léčbu drogově závislých byl SYNANON v USA v r. 1956 (Kalina, 2001, s. 108).

### **1.12 Doléčování**

Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky

pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života. Takto pojatá definice zahrnuje celé spektrum intervencí, které jsou nezbytné ke zdárnému dokončení procesu uzdravy ze závislosti na návykových látkách, což je zejména: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky, zdravotní péče (především se zaměřením na somatické důsledky užívání drog). Intenzivní doléčovací program s komplexním obsahem trvá obvykle 6-12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby a zkracuje dobu, po kterou je potřebné poskytování následné péče (Kalina, 2001, s. 32).



## 2 Důležité zákony a vyhlášky

Níže je výpis důležitých zákonů a mezinárodních úmluv upravujících užívání návykových látek v ČR a ve světě. Většina informací je převzata z internetového portálu drogy-info. Následuje stručná charakteristika trestního zákoníku (část věnovaná nakládáním s návykovými látkami) a nejnovějšího návrhu novely zákona o návykových látkách.

- Legální zacházení s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL) právní předpisy regulující legální zacházení s OPL
  - Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách
- Mezinárodní právo - mezinárodní úmluvy upravující zacházení s OPL
  - 1961 - Jednotná úmluva o omamných látkách doplněná Protokolem o změnách Jednotné úmluvy
  - 1971 - Úmluva o psychotropních látkách
  - 1988 - Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s OPL
- Prevence, léčba a související předpisy vybrané právní předpisy týkající se prevence a léčby drogových závislostí
  - Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
  - Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
  - Zákon č. 160 / 1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních
  - Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
- Prosazování práva právní předpisy související s potlačováním nedovolené nabídky drog
  - Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
  - Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže
  - Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby
  - Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích
  - Zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon

- Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii ČR
- Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě ČR
- Zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti
- Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody
- Zákon č. 13/1993 Sb., Celní zákon
- Vybrané / aktuální právní otázky týkající se drogové problematiky

## **2.1 Návrh novely zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách z 11. 2. 2011, Sněmovní tisk 260/0, část č. 1/3**

*Řada strukturně velmi podobných látek je již zákonem č. 167/1998 Sb. klasifikována jako návykové látky. Tyto nové látky byly vybrány na základě záchytů v České republice evidované Celní správou a Národní protidrogovou centrálou SKPV a s ohledem na jejich zdravotní a společenskou nebezpečnost; řada těchto látek může vyvolat závažné intoxikace včetně smrtelných. Co se týká mefedronu, 2. prosince 2010 přijala Rada Evropské unie rozhodnutí č. 2010/759/EU o klasifikaci mefedronu jako psychotropní látky, na základě kterého by členský stát Evropské unie měl klasifikovat mefedron jako psychotropní látku podle Úmluvy OSN o psychotropních látkách z r. 1971.*

*S ohledem na skutečnost, že v současné době není známo žádné terapeutické využití 30 navrhovaných látek, a s ohledem na klasifikaci těchto látek v ostatních zemích a na výše uvedené rozhodnutí Rady Evropské unie k mefedronu, je navrženo zařazení 30 látek do přílohy č. 4. Ostatní 3 navrhované látky mají terapeutické využití, je proto navrhováno jejich zařazení do přílohy č. 1 (karfentanil a tapentadol) a do přílohy č. 7 (ketamin).*

*Jedná se o 33 předmětných nových látek, o které se navrhuje rozšířit přílohy zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů*

## **2.2 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník**

### **HLAVA VII**

### **TRESTNÉ ČINY OBECNĚ NEBEZPEČNÉ**

#### **Díl 1**

#### **Trestné činy obecně ohrožující**

#### **§ 283**

#### **Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy**

*(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.*

*(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1*

*a) jako člen organizované skupiny,*

*b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán,*

*c) ve značném rozsahu, nebo*

*d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu čtrnácti let.*

*(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,*

*a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,*

*b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,*

*c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo*

*d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu čtrnácti let.*

*(4) Odnětím svobody na deset až patnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,*

*a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,*

*b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo*

*c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.*

*(5) Příprava je trestná.*

## § 284

### **Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu**

*(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*

*(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*

*(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.*

*(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.*

## § 285

### **Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku**

*(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*

*(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*

*(3) Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.*

*(4) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.*

## § 286

### **Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu**

*(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*

*(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,*

*a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,*

*b) spáchá-li takový čin ve značném rozsahu,*

*c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti, nebo*

*d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.*

## § 287

### **Šíření toxikomanie**

*(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.*

*(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1*

*a) jako člen organizované skupiny,*

*b) vůči dítěti, nebo*

*c) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.*

*(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu čtrnácti let.*

## § 288

### **Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem**

*(1) Kdo neoprávněně ve větším množství vyrobí, přechovává, doveze, vyveze, proveze, nabízí, prodá, jinému poskytne nebo podá látku s anabolickým nebo jiným hormonálním účinkem za jiným než léčebným účelem, nebo kdo vůči jinému použije metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu nebo jinou metodu s dopingovým účinkem za jiným než léčebným účelem, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.*

*(2) Odnětím svobody na jeden rok až tři léta bude pachatel potrestán,*

*a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, nebo*

*b) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu čtrnácti let.*

*(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,*

*a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,*

*b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,*

*c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu čtrnácti let,*

*d) spáchá-li takový čin jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba.*

*(4) Odnětím svobody na pět let až dvanáct let bude pachatel potrestán,*

*a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,*

*b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo*

*c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.*

## § 289

### **Společné ustanovení**

*(1) Zákon stanoví, co se považuje za omamné látky, psychotropní látky, přípravky obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursory používané pro nezákonnou výrobu omamných nebo psychotropních látek.*

*(2) Vláda nařízením stanoví, co se považuje za jedy ve smyslu § 283, 284 a 286 a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.*

*(3) Vláda nařízením stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku podle § 285 a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu § 285.*

*(4) Vláda nařízením stanoví, co se považuje za látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je větší množství ve smyslu § 288, a co se považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a jiné metody s dopingovým účinkem ve smyslu § 288.*

## 3 Sekundární a terciární prevence v hlavním městě Praze

### 3.1 Současná drogová scéna v hlavním městě Praze

Souhrnné údaje jsou známy pouze za rok 2009. V době, kdy zpracovávám svou bakalářskou práci, je v přípravě výroční zpráva za rok 2010. Pokud jsem již nějaká aktuální data za rok 2010 získal, jsou uvedena v tabulkách a grafech. Využil jsem dosavadní data za období od roku 1996 do roku 2009 a pokusil jsem se alespoň některé údaje porovnat.

#### 3.1.1 Užívání drog v hlavním městě Praze – problém velkoměsta

Situace v oblasti užívání, zneužívání a nezákonného obchodu s návykovými látkami (dále jen drogy) se v České republice a zejména pak hlavním městě Praze (dále jen „HMP“) se od roku 1996 dramaticky vyvíjela. Jestliže jsme mohli v roce 1996 konstatovat, že naše společnost je ohrožena drogami a s tím souvisejícími jevy, pak dnes, v roce 2011, můžeme konstatovat, že naše společnost je tímto fenoménem moderní doby již zasažena.

Naprosto specifickou roli a postavení pak zaujímá hlavní město Praha zejména díky řadě subjektivních i objektivních příčin, které lze jen těžko změnit. Jedná se zejména o snadnou dostupnost různých typů drog, nízkou nákupní cenu, anonymitu velkoměsta, možnosti trávení volného času v pozitivním i negativním smyslu, problematiku sídlišť, koncentraci národnostních menšin, které mají často specifické užívání drog a těžko se kontaktují s protidrogovými službami, koncentraci sociálně nepřizpůsobivých osob a ostatní společné charakteristiky velkých měst Evropy.

V letech 1993 až 1996 reagovaly na zvyšující se poptávku po drogových službách zejména nestátní neziskové organizace. Vývoj služeb je možné demonstrovat na vzniku jednotlivých programů o. s. **SANANIM** (viz samostatná kapitola).

Drogy představují v současné době pro HMP závažné společenské riziko, ovlivňující a ohrožující základní hodnoty jednotlivce, rodiny, obce a společnosti. V roce 2009 pokračoval trend, kdy stále více lidí, problémových uživatelů i závislých na návykových látkách **žádalo o léčbu, a stoupal počet těch, kteří aktivně vyhledávají pomoc nízkoprahových služeb.** Zcela určitě to svědčí o kvalitě programů a rozsahu sítě služeb ve všech typech prevence.



Stále však platí, že je třeba sledovat kvalitu služeb, rozvíjet je a pružně reagovat na měnící se potřeby drogové scény.

V roce 2009 se zhoršila situace s otevřenou scénou zejména na Václavském náměstí. Pouliční drogová scéna je nejaktivnější právě v centru města, kde zasahuje nejen otevřená a rozlehlá prostranství, jakými jsou Václavské náměstí, Staroměstské náměstí, Karlovo náměstí, ale také prostory významných dopravních uzlů v centru města (Hlavní nádraží, Masarykovo nádraží apod.).

Situaci v protidrogové prevenci, zejména ve službách Harm Reduction, značně zkomplikovalo neprodloužení nájemní smlouvy SANANIM městskou částí Praha 7. Kontaktní centrum na této městské části sídlilo postupně na dvou místech již od svého vzniku v roce 1993. Jedná se o nejstarší zařízení tohoto typu a jeho výpadek by byl, nejen pro pražské služby, nenahraditelný. Proto se SANANIM, ve spolupráci s HMP a MČ HMP, snažilo získat náhradní vyhovující prostory. Nakonec za finanční podpory HMP zakoupilo místnosti na MČ Praha 5. Vzhledem k zásadnímu odporu rezidentů se doposud nepodařilo plně místnosti kontaktního centra využívat ke stanovenému účelu. Jednání dále probíhají a SANANIM substituuje službu náhradním způsobem.

### 3.1.2 Problémové užívání drog v roce 2009

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (dále jen „*EMCDDA*“<sup>1</sup>) je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Česká definice nezahrnuje užívání kokainu, neboť to je v ČR stále na velmi nízké úrovni. Ze skupiny amfetaminů je z obdobných důvodů odhadován pouze počet uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Mezi opiáty typicky užívanými v ČR patří především heroin a Subutex® (sezónně se objevuje také užívání opia).

Počet problémových uživatelů drog (dále jen „PUD“) v roce 2009 v ČR stoupl, pozitivní je, že v HMP, jako jediném kraji, naopak klesl. Je však nutné vidět, že kraj Praha je i tak v počtu PUD na prvním místě. Vývoj počtu PUD v letech 2002 až 2009 ukazuje následující tabulka.

Prevalenční odhad **PUD** – mužů je v Praze **9,3 / 1 000** obyvatel, žen **6,7 / 1 000** obyvatel, zatímco v ČR jsou to hodnoty 6,4, resp. 3,3 / 1 000 obyvatel. Praha má ve srovnání s ČR

---

<sup>1</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

i výrazně vyšší odhad prevalence injekčních uživatelů drog – mužů 7,0 oproti 5,1 / 1 000 obyvatel, u žen 4,8 oproti 2,5 / 1 000 obyvatel.

### 3.1.3 Problémoví uživatelé návykových látek – celkem

(srovnání 2002 – 2009, zdroj EMCDDA)

<b>Střední hodnoty prevalenčního odhadu</b>	<b>ČR</b>	<b>Praha</b>
2005	31 800	9 800
2006	30 200	8 400
2007	30 900	10 000
2008	32 500	11 500
<b>2009</b>	<b>37 400</b>	<b>10 400</b>

### 3.1.4 Odhad počtu PUD podle druhu zneužívané látky v roce 2009 ve srovnání s rokem 2008

<b>Celkový počet PUD</b>	<b>Počet uživatelů opioidů</b>			<b>Počet uživatelům pervitinu</b>	<b>Počet IUD<sup>2</sup></b>
	<b>Heroin</b>	<b>Subutex</b>	<b>Celkem</b>		
<b>10 400</b> (11 500)	<b>3 000</b> (3 250)	<b>4 050</b> (3 950)	<b>7 050</b> (7 200)	<b>3 300</b> (4 300)	<b>10 300</b> (11 400)

### 3.1.5 Žádosti o léčbu - situace za rok 2009

Sběr dat o léčených uživatelích drog je v Praze realizován z 25 léčebných/kontaktních center pro osoby užívající drogy z 31 existujících (= z 80,6 %). Jsou to zařízení ambulantní, lůžková i nízkoprahová centra. Sběr dat je prováděn v souladu s metodikou a definicemi EMCDDA

---

<sup>2</sup> IUD - Injekční uživatelé drog

s použitím formuláře plně kompatibilního s formulářem EMCDDA. Od roku 1995 jsou k dispozici data o nově zachycených uživatelích drog žádajících o léčbu, od roku 2002 pak o všech léčených uživatelích drog.

V roce 2009 nebyli hlášeni všichni léčení uživatelé drog z PROGRESSIVE o. s., pouze 36 klientů z celkového počtu léčených 228 osob – ti, kterým byl nově přidělován klientský kód. Celkem bylo v tomto L/K centru léčeno 228 uživatelů drog, z toho 160 mužů a 68 žen. Průměrný věk klientů byl 29 let. Jako základní drogu uvedlo **heroin** 63 klientů, **Subutex** nelegálně 33 klientů, **pervitin** 91 klientů. Počet injekčních uživatelů drog nebyl uveden. Tato neúplná data **není možno** započítat do tabulek a vedou k podhodnocení odhadu počtu uživatelů jednotlivých drog a injekčních uživatelů drog v pražské populaci o několik set osob.

Sledování výskytu akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy nebylo v Praze od 1. 7. 2008 prováděno systematicky. Obnovení sběru těchto dat se připravuje.

Ve srovnání s rokem 2008 se zvýšil počet nově evidovaných uživatelů drog (**o 72 osob**) i počet všech léčených uživatelů drog (**o 32 osob**).

Celkový počet nově evidovaných uživatelů drog v L/K centrech za rok 2008 byl v Praze **854 osob**, což je incidence 71,4 / 100 000 obyvatel – nejvyšší ze všech krajů ČR. Věkově specifická incidence ve skupině **15 – 39letých** byla v Praze **774 osob**, tj. 174,0 / 100 000 obyvatel. Nejvyšší záchyt je ve věkových skupinách od 15 do 39 let, věkově specifická incidence ve skupině **15 – 39letých** je 174,0 / 100 000 obyvatel (**774 osob**). **V ČR je tato věkově specifická incidence pouze 106,2 / 100 000 obyvatel.**

Všech léčených uživatelů drog bylo registrováno **1 701 osob**, tj. prevalence 142,2 / 100 000 obyvatel; z toho **1 527** osob ve věkové skupině 15 – 39 let představuje specifickou prevalenci 343,4 / 100 000 obyvatel, druhou nejvyšší z krajů ČR. **V ČR je tato věkově specifická incidence pouze 213,9 / 100 000 obyvatel.**

Praha je v incidenci léčených uživatelů drog na 1. místě následuje Ústecký kraj a kraj Vysočina a v prevalenci na 2. místě za krajem Ústeckým. Pořadí Prahy se oproti předchozím rokům ani v incidenci ani v prevalenci léčených uživatelů drog nezměnilo.

Důvodem k žádosti o léčbu v L/K centru byly soudy či policie uváděny v **13 %** mezi novými klienty, ve **11,3 %** mezi všemi (**v ČR pouze 7,6 % mezi všemi a 9,7 % mezi novými klienty**).

Závažné jsou informace o tom, že spolu s uživatelem drog žijí děti, ať již s partnerem či bez něj, celkem v 7,3 % případů mezi všemi klienty (**125 klientů**), resp. v 5,0 % u nově zachycených klientů (**43 klientů**).

Přechodné bydliště, pobyt v nějakém zařízení či dokonce bezdomovectví udává 29,1 %, resp. 18,9 % z léčených uživatelů drog. **Bezdomovců** je ve skupině všech uživatelů drog 6,6 % a ve skupině nově evidovaných klientů 5,7 %. Těchto klientů je **v Praze ve srovnání s ČR méně o 4,8 % jak mezi všemi léčenými klienty, tak mezi novými klienty.**

Mezi prvně léčenými uživateli drog v Praze bylo celkem 155 osob s bydlištěm v jiných krajích ČR, u 368 klientů nebylo bydliště uvedeno, i když lze předpokládat, že většina těchto klientů byla z Prahy. Naopak jsme ale v datech incidence z ostatních krajů ČR zaznamenali 53 uživatelů drog, kteří se léčili mimo Prahu, i když mají v Praze své bydliště (z nich 33 užívalo pervitin, 10 heroin, 2 jiné opiáty a po 1 klientovi marihuanu, Subutex, kokain, efedrin a sedativa jako základní drogu).

**Pravidelné zaměstnání** vykazuje pouze 88 uživatelů drog v incidenci (tj. 10,3 %), mezi všemi klienty je to 271 osob (tj. 15,9 %). Nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících bylo mezi žadateli o prvou léčbu 253 (tj. 29,6 % - pokles o 8,6 % oproti roku 2008), mezi všemi klienty 603 osob (tj. 35,5 % - pokles o 5,4 % oproti roku 2008). Podíl nezaměstnaných či příležitostně pracujících léčených uživatelů drog v Praze je ve srovnání s ČR o 17,8 %, resp. 17,4 % nižší.

Nejčastěji zastoupenou skupinou **základních drog** mezi žadateli o prvou léčbu jsou stimulantia, celkem 441 osob, tj. 51,6 % (v ČR 61,2 %) ze všech nově evidovaných klientů. Druhou nejčastěji užívanou skupinou drog jsou v Praze - na rozdíl od ČR – opiáty, celkem 243 osob, tj. 28,5 % (v ČR třetí s pouhými 14,7 %), z toho heroin uvedlo v Praze jako základní drogu 175 osob, tj. 20,5 % (v ČR jen 11,1 % z nových klientů).

Mezi všemi klienty léčenými v průběhu roku 2009 v L/K centrech nejsou – na rozdíl od roku 2005 - nejčastěji užívanou skupinou drog **opiáty**, ale stejně jako v předchozím roce či v ČR stimulantia užívaná 836 klienty, tj. 49,2 % ze všech léčených uživatelů drog v Praze (v ČR 59,8 %). Z toho pervitin uvedlo 833 osob, tj. 49,0 % (v ČR 59,4 %). Druhé místo patří v minulosti v Praze nejčastěji užívaným opiátům – 628 osob, tj. 36,9 % (v ČR 23,4 %), samotný heroin pak 453 osob, tj. 26,6 % (v ČR 17,7 %).

Celkem heroin a pervitin jako základní drogu užívaly v Praze téměř  $\frac{3}{4}$  ze všech léčených uživatelů drog, stejně jako v ČR; jako základní či sekundární drogu ho uvedlo dokonce přes 83 % ze všech léčených uživatelů drog v Praze.

Procentuální zastoupení léčených uživatelů **opiátů** je nejvyšší ze všech krajů ČR v Praze (mezi nově evidovanými uživateli v Praze je to 28,5 %, což je 38,3 % ze všech nově evidovaných uživatelů opiátů v ČR; mezi všemi klienty je to 36,9 %, což je 30,6 % ze všech léčených uživatelů opiátů v ČR v roce 2009).

V absolutních počtech nejvíce nových léčených uživatelů **pervitinu** vykazala Praha, Ústecký a Jihomoravský kraj, mezi všemi léčenými uživateli pervitinu jich bylo jednoznačně nejvíce z Ústeckého kraje a Prahy.

Počet léčených uživatelů **Subutexu** v Praze oproti roku 2008 mírně klesl. Je však ve srovnání s ČR více než dvojnásobný (v Praze 9,3 % z prvožadatelů o léčbu a dokonce 12,3 % ze všech léčených uživatelů drog; v ČR 3,8 % z prvožadatelů o léčbu a 6,6 % ze všech léčených uživatelů drog).

Počet i podíl uživatelů **kokainu** se oproti roku 2008 výrazně nemění a představuje zhruba 1,9 % léčených osob.

Podíl **léčených žen – uživatelék drog** mezi nově evidovanými klienty je v Praze vyšší než v ČR o 7,4 % a mezi všemi klienty o 7,6 %. Ve srovnání s loňským rokem se tento rozdíl podílů mírně zmenšil.

Oproti roku 2008 se poměr nově evidovaných léčených mužů a žen v Praze zvýšil na **1,5 : 1 (v ČR 2,1 : 1)**, je nízký ve věku do 24 let (počet mužů a žen je vyrovnaný). Poměr všech léčených mužů a žen v Praze se oproti roku 2008 zvýšil na 1,5 : 1. **Mezi všemi léčenými klienty pokračuje posun do starších věkových skupin, nejpostiženější věkovou skupinou co do počtu jsou 25 - 39letí.** Mezi uživateli pervitinu je v obou sledovaných skupinách léčených uživatelů drog poměr mužů a žen nejnižší, a to 1,0 : 1 u prvožadatelů o léčbu i u všech léčených uživatelů drog v Praze, do věku 24 let vždy převažují výrazně ženy nad muži.

Oproti roku 2008 se zvýšil podíl nově evidovaných klientů v Praze ve věku 25 – 39 let (ze 40,8 % na 43,3 %), tato věková skupina je taktéž nejpočetnější (370 osob). To platí i pro celou ČR (1 684 osob, tj. 39,0 %).

Celkem 23,5 % všech klientů za rok 2009 bylo v Praze ve věku 25 - 29 let, následuje věková skupina 15 – 19letých a 30 - 34letých (19,2 %, resp. 20,8 %) a 20 – 24letých (17,2%). V ČR bylo nejvíce osob ve věkové skupině 20 - 24letých (25,8 %). Ženy mají ve srovnání s muži vyšší podíl v mladších věkových skupinách.

Mezi žadateli o prvou léčbu je v Praze průměrný věk 24,8 roku (v ČR 24,2 roku), což je o 0,3 roku více než u žadatelů v roce 2008; u všech klientů 26,7 roku (v ČR 25,9 roku), tyto hodnoty se podstatně nezměnily.

Ženy jsou mladší než muži o 2,8 roku mezi prvně léčenými a o 3,8 roku mezi všemi klienty (o 0,1 roku méně než v loňském roce).

**Průměrný věk nových i všech léčených uživatelů pervitinu je o 5,1 roku, resp. 4,8 roku nižší než u uživatelů heroinu.**

Závažným zjištěním je věk prvního užití drogy. U uživatelů heroinu začalo s užíváním do věku 19 let 33,2 % prvožadatelů o léčbu a 46,5 % ze všech léčených uživatelů heroinu, mezi uživateli pervitinu to bylo dokonce 50,9 %, resp. 60,5 %.

Celkem 482 injekčních uživatelů drog představuje z nově evidovaných klientů celkem 56,4 % (v ČR 59,2 %) a 1 114 osob s injekční aplikací drogy ze všech klientů tvoří 65,5 % (v ČR 70,3 %). **V Praze se tedy daří motivovat uživatele drog k méně rizikové aplikaci drogy. Nepříznivým jevem je** ale skutečnost, že mezi novými injekčními uživateli drog a zejména mezi všemi injekčními uživateli drog je v Praze oproti ČR **vyšší podíl žen**. Nejčastěji injekčně užívané drogy jsou heroin a pervitin.

Zaznamenali jsme v roce 2009 v Praze snížení podílu injekčních uživatelů drog mezi uživateli drog ve věku 20 a více let. Ve věkové skupině 25 - 39 let bylo injekční užívání drog méně časté než v ČR.

**Výměnný program** stříkaček a jehel je v ČR nejvíce realizován v Praze (**42,4 % ze všech evidovaných výměn v ČR**), Ústeckém kraji (12,6 % z ČR) a Jihomoravském kraji (8,3 % z ČR). Konkrétní data jsou uvedena v tabulce a grafu v kapitole Harm Reduction na straně 50-52.

Mezi žadateli o prvou léčbu uvádí denní užívání drogy **240** uživatelů drog (tj. 28,1 %), mezi všemi klienty denně užívá drogu **548** uživatelů drog (tj. 32,2 %). Počty i podíl denních uživatelů drog se mírně snížily. U uživatelů **heroinu** nacházíme jeho denní užívání zhruba

u poloviny jeho uživatelů, u uživatelů **pervitinu** je to čtvrtina a častěji se jedná o užívání 2x – 6x týdně. Uživatelé **kanabinoidů** mají oproti loňskému roku, kdy nejvíce uváděli frekvenci 2x - 6x týdně a méně, zvýšenou frekvenci a to zejména denní užití drogy.

Nejčastěji užívanou sekundární drogou mezi prvně evidovanými klienty byla opět jako v předchozích letech **marihuana** – 164 osob (s výjimkou let 2000 – 2003, kdy to byl pervitin), mezi všemi klienty byla nejčastěji užívanou sekundární drogou také **marihuana** – 326 osob (s výjimkou v roce 2005, kdy to byl **pervitin**).

**Oblíbenost drog:** Na prvním místě má jednoznačnou převahu v užívání jednotlivých drog všemi klienty i prvožadateli o léčbu **pervitin** (v ČR je oproti Praze zhruba o 10 % vyšší podíl uživatelů této drogy). V Praze následuje **heroin**, na třetím místě je **marihuana** u všech léčených klientů, mezi prvožadateli o léčbu je pořadí těchto drog obrácené (v ČR je na druhém místě marihuana, třetí pak heroin u nově evidovaných i všech léčených klientů).

V ČR je mezi všemi léčenými klienty celkem 24,3 % uživatelů heroinu oproti 35,0 % v Praze. V popředí se mezi léčenými uživateli drog v Praze udržuje také Subutex užívaný jako nesubstituční nelegální či sekundární droga – patří mu 4. místo u obou skupin uživatelů drog (zatímco zatím co v ČR je Subutex mezi všemi uživateli drog užíván 6,6 % klientů, v Praze dokonce 12,3 % klientů; mezi nově evidovanými uživateli drog je podíl jeho uživatelů v ČR zhruba 3,8 %, v Praze dokonce 8,8 %).

Významným rozdílem Prahy oproti ČR je převaha odhadovaného počtu žen nad muži mezi uživateli **amfetaminů** (1 950 žen, 1 900 mužů), kdy i prevalenční odhad u žen je 4,5 / 1 000 obyvatel, zatímco u mužů je 4,4 / 1 000 obyvatel (v ČR 2,4, resp. 4,2 / 1 000 obyvatel). Je také výrazně vyšší prevalenční odhad problémových uživatelů opiátů – mužů i žen (4,6 / 1 000 obyvatel u mužů a 2,1 / 1 000 obyvatel u žen v Praze oproti 1,8, resp. 0,7 / 1 000 obyvatel v ČR).

### **3.2 Zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog**

V roce 2009 již v Praze odezněla epidemie virové hepatitidy typu A, při které byla zasažena i populace uživatelů drog. Významně poklesl počet onemocnění **z 887 v roce 2008 na 229 případů**, z toho 36 případů u injekčních uživatelů drog, tj. 15,7 % - nejvyšší podíl ze všech krajů ČR.

Došlo k poklesu počtu akutních hepatitid typu B oproti roku 2008 (všech případů i u injekčních uživatelů drog), podíl injekčních uživatelů drog mezi nemocnými se však mírně zvýšil (o 0,5 %).

Trvá vysoký podíl injekčních uživatelů drog mezi nemocnými **virovou hepatitidou typu C** (stále tvoří 2/3 všech nemocných v ČR). Poklesl počet evidovaných případů oproti roku 2008 (celkových počtů onemocnění i počtů nemocných u injekčních uživatelů drog) a došlo k mírnému poklesu podílu injekčních uživatelů drog mezi nemocnými. Nejvyšší počty nemocných jsou opět v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji.

Podíl léčených injekčních uživatelů drog, kteří nebyli dosud testováni na virové hepatitidy typu A, B a C, případně není známo, zda byli testováni se pohybuje podle typu virové hepatitidy mezi 58 % - 61 % u nově evidovaných klientů (podíl netestovaných uživatelů heroínu a pervitinu se v roce 2009 vyrovnal). U testovaných uživatelů heroínu je výrazně vyšší podíl pozitivních výsledků u všech typů virových hepatitid. Mezi všemi léčenými injekčními uživateli drog je podíl netestovaných nižší (zhruba 43 % - 52 %), na rozdíl od minulých let je vyšší u injekčních uživatelů heroínu, kde je však nejvyšší podíl pozitivně testovaných osob (**u virové hepatitidy C byla zjištěna pozitivita u téměř 40 % testovaných léčených injekčních uživatelů drog**). Ve srovnání s ČR je podíl testovaných injekčních uživatelů drog v Praze vyšší zhruba o 10 %.

Zhruba 3/4 nově zachycených injekčních uživatelů drog či injekčních uživatelů heroínu a pervitinu buď nebylo nikdy testováno na **HIV**, nebo je neznámo, zda byli testováni, případně prý sice testováni byli, ale výsledek testu není znám (69,7 % z nových injekčních uživatelů drog, 75,0 % injekčních uživatelů heroínu a 70,1 % injekčních uživatelů pervitinu). Obdobná, byť zhruba o 17 % - 22 % lepší je situace v testování všech léčených injekčních uživatelů drog a heroínu či pervitinu (52,2 % ze všech injekčních uživatelů drog, 53,7 % ze všech injekčních uživatelů heroínu a 53,3 % ze všech injekčních uživatelů pervitinu). Ve srovnání s ČR je v Praze vyšší podíl netestovaných injekčních uživatelů heroínu.

### **3.3 Drogová kriminalita**

V roce 2009 bylo hl. město Praha v centru zájmu osob, které se na jejím území dopouštěly drogových deliktů. Současná pražská drogová scéna, včetně jejích dalších projevů v podobě sekundární kriminality (**tj. výtržnosti, majetkové trestné činy a přestupky i násilné trestné činy**), poznamenává každodenní život Pražanů i návštěvníků hl. m. Prahy. Stejně tak budí pohoršení veřejná aplikace drog, která může být postihnutelná jako přestupek. Pouliční



drogová scéna je nejaktivnější v centru města, kde zasahuje nejen otevřená a rozlehlá prostranství, jakými jsou **Václavské náměstí, Staroměstské náměstí, Karlovo náměstí**, ale také prostory významných dopravních uzlů v centru města (**Hlavní nádraží, Masarykovo nádraží apod.**). V těchto lokalitách jsou výchozím místem pachatelů drogových trestných činů zejména herny a malé bary, které se nacházejí v jejich okolí. Právě v těchto místech dochází v souvislosti s drogovou kriminalitou často také k sekundárním projevům drogové kriminality v podobě **kapesních krádeží, popř. drobných krádeží v obchodech**. V souvislosti s kapesními krádežemi je však nutno také zmínit skutečnost, že se často velmi rychle změni v trestný čin loupeže, když drogové závislý pachatel použije násilí poté, kdy oběť zjistí, že je okrádána a brání svůj majetek. Mezi nejrozšířenější drogy, které jsou prodávány „na ulici“, patří **marihuana a heroin**. Byly opakovaně zaznamenány také snahy o pouliční distribuci **kokainu**. V rámci tohoto prodeje se jako problém jeví zneužívání léku **SUBUTEX**, který si toxikomani sami mezi sebou prodávají a za takto získané finanční prostředky si pořizují heroin. Při dokumentování pouliční trestné činnosti související s drogami v roce 2009 přetrvává problém z minulých let, kdy se v zájmových lokalitách nachází relativně vysoký počet prodejců drogy. Týká se to zejména **heroinu a hašiše**, kdy je při bližším šetření zjištěno, že prodejci jsou sami osoby zneužívající drogy a snaží se pouze prodat falzum drogy (**asfalt, kofein, paracetamol**) a tím si opatřit finanční prostředky pro nákup drogy, kterou zneužijí pro vlastní potřebu. Tyto osoby potom samozřejmě nelze stíhat pro drogové delikty. Při páchání drogových trestných činů po linii i nadále přetrvává stav, kdy se na této trestné činnosti vedle českých občanů podílejí také občané cizích států, respektive příslušníci národnostních minorit žijících na území ČR. Pouliční distribuci drog ovládají zejména osoby **romského a arabského etnika**. Dalším problémem drogové kriminality v Praze jsou aktivity **vietnamských** zločineckých uskupení, která organizují výrobu a prodej marihuany. Byly zaznamenány i snahy těchto osob o distribuci stimulačních drog (**metamfetamin**). Vietnamci zpravidla provádějí svoji činnost skrytě, směrem dovnitř vlastní komunity a z toho také vyplývá vysoká časová a ekonomická náročnost dokumentování jejich trestných činů. Na úseku velkých indoor pěstíren konopí v rámci Prahy však došlo k jistému útlumu, pěstírny jsou zjišťovány „pouze“ v bytech popř. rodinných domcích. Skutečně velké indoor pěstírny jsou vytlačovány mimo území Prahy a stávají se bezpečnostním problémem na celém území republiky. Produkce z těchto pěstíren však následně míří zčásti na pražskou drogovou scénu a dále do zahraničí.

**Romové** se na území HMP zabývají zejména distribucí **heroinu**, z větší části uspokojují poptávku uvnitř romského etnika. Kvalita heroinu distribuovaného na území Prahy klesá

ředěním a mnohdy toxické a zdraví ohrožující látky jsou pro uživatele nejen **bezpečnostním**, ale také **zdravotním** rizikem.

V souvislosti s intravenózní aplikací heroinu se mezi narkomany šíří hepatitis a další infekční nemoci. Heroin má také významný podíl na úmrtí toxikomanů. Drogová scéna uvnitř hudebních klubů se specializuje zejména na prodej a zneužívání **stimulačních drog a marihuany**. Především v centru Prahy však byl v některých klubech zaznamenán i prodej **kokainu**. Zásadním problémem v roce 2009 však konstantně zůstával **metamfetamin**, jehož výskyt byl zaznamenán po celém území HMP.

V souvislosti s omezením distribuce léčiv s obsahem **pseudoefedrinu** došlo k ovlivnění výroby **metamfetaminu** prohloubením konspirace ze strany jeho výrobců včetně jejich napojení na rozsáhlé skupiny působící po celém území republiky. Léky obsahující **pseudoefedrin** jsou dováženy zpravidla z **Polska**, popř. dalších sousedních států. Je zřejmé, že tato obchodní aktivita se stala zájmem určitých skupin osob, které na obstarávání těchto prekurzorů ekonomicky profitují. A to buď pouze finančně jako zprostředkovatelé, anebo zorganizují celou přípravu, výrobu a prodej **metamfetaminu**. Takové skupiny jsou svými aktivitami schopny zásobovat **metamfetaminem** celé kraje včetně Prahy. (V roce 2009 byla policisty z Krajského ředitelství hl. m. Prahy odhalena trestná činnost skupiny pachatelů, kteří tímto způsobem dokázali zásobovat své odběratele v Praze a po celém území Východočeského kraje. Původ léků obsahujících **pseudoefedrin** byl v tomto konkrétním případě z Polska.) K 1. prosinci 2009 byla zřízena rozkazem ředitele Krajského ředitelství policie HMP č. 231/2009 pracovní skupina „**DROGY**“, jejímž cílem je ve smyslu uvedeného rozkazu zejména soustřeďovat základní informace o návykových látkách, místech jejich prodeje a osobách které se na této činnosti podílejí. Následně se aktivně podílet na rozpracování a dokumentování těchto trestných činů a zjišťování jejich pachatelů.

### 3.4 Systém služeb v HMP

<b>Počty programů ve spolupráci s HMP</b>			Výchova ke zdravému životnímu stylu	Minimální preventivní programy škol	Školy: ZŠ - 250 SŠ - 208 Specializované organizace: 6
<b>PP - Primární prevence - Prevence rizikového chování dětí a mládeže v resortu školství (PP)</b>					
		<b>Kontakt s drogou</b>			
TP - Terénní programy (5)		Praktičtí lékaři		Poradny pro rodiče (1)	
Pedagogicko psychologické poradny (9)		Psychiatrické ambulance		Oddělení péče o dítě (MČ)	
			IVH – Právní poradna A.N.O. (1)		
AT ordinace (14)		KPS - Kontaktní centra (3)		Protidrogoví koordinátoři (MČ Praha 1-22 + PK HMP)	
		<b>Drogová závislost</b>			
		Detoxifikace ústavní a ambulantní (3)			
AL - Léčba (11)		Terapeutické komunity (3)		Denní stacionáře (1)	
	<b>Abstinence</b>		<b>Přetrvávání drogové závislosti</b>		
Chráněné byty; chráněné dílny (2)	Doléčovací centra (3)		Harm Reduction (8)		Substituční léčba (4) + lékařské ordinace
			<b>Závislost - kriminalita - represe</b>		
Svépomocné skupiny - Anonymní alkoholici - Anonymní narkomané				SV - služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě (1)	
Bydlení	Pracovní příležitosti	Pracovní a sociální agentura Sananim			

### 3.4.1 Klasifikace typu služeb podle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)

**PP** – specifická primární prevence, **KPS** – kontaktní a poradenské služby, **TP** – terénní programy, **AL** – ambulantní léčba (včetně projektů zajišťujících psycho-sociální podporu klientům v substituční léčbě), **SP** – stacionární programy, **RPTK** – rezidenční péče v terapeutických komunitách, **ADP** – ambulantní doléčovací programy (včetně chráněného bydlení a chráněných pracovních programů), **SV** – služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě, **E** – evaluace potřeby, dostupnosti a efektivnosti služeb, **IVH** – projekty zaměřené na poskytování odborných a ověřených informací uživatelům drog či jiným příjemcům služeb a odborné či laické veřejnosti, **MS** – mezinárodní spolupráce

### 3.5 Přehled užívaných legálních a nelegálních návykových látek

Skupina	Forma	Účinná látka	Slangové názvy
<b>Alkohol</b>	Alkoholické nápoje	Etylalkohol / ethanol	Obec. známé
<b>Tabák</b>	Tabákové výrobky	Nikotin	Obec. známé
<b>Canabinoidy</b>	Marihuana, hašiš, olej	Tetrahydrocannabinol	Bláto, dagga, hemp, marjánka, roští, tráva, skunk, skéro aj.
<b>Halucinogeny</b>	Houby: lysohlávky, kroupatce, síťovky, mezkalin; durman, bufe(o)tenin, LSD, PCP	Psilocybin, diethylamid kyseliny listové	„Andělský prach“, houbičky, krystaly, papíry aj.
<b>Opioidy, opiáty</b>	Braun, buprenorfin, heroin, metadon, morfium, LAAM, opium	Morfin a jeho deriváty	Čoko, drak, ejč, hero, háčko, white lady aj.
<b>Stimulancia</b>	Různé amfetaminy, pervitin, kokain, koka, MDMA / extáze, crack	Kokain, amfetamin, metamfetamin aj.	Koks, peří, péčko, piko, perník aj.

<b>Těkavé látky</b>	Aceton, éter, toluen, aj.	Methylbenzen, trichloretyl aj.	
<b>Analgetika, sedativa, hypnotika, benzodiazepiny, transkvilizéry a jiná psychofarmaka</b>	Různé léky, např.: tramal, dolsin, morphin, solutan, rohypnol, diazepam	Diazepam, alprazolam aj.	Roháč aj.

Zdroj: Kalina, K.

### 3.6 Ceny návykových látek ve srovnání let 2006 - 2009

Informace o cenách základních typů drog v ČR jsou každoročně určovány na základě odhadů zasílaných krajskými ředitelstvími a územními odbory Policie ČR na NPC. Ceny většiny základních drog v roce 2009 zůstávají stabilní, nicméně na pouliční úrovni lze vysledovat mírný nárůst průměrné i nejčastější ceny marihuany.

Typ drogy	2006		2007		2008		2009	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
<b>Marihuana (g)</b>	190	150	180	100	180	200	220	250
<b>Hašiš (g)</b>	270	200	260	200	240	250	270	300
<b>Extáze (tab.)</b>	220	150	210	200	220	200	220	250
<b>Pervitin (g)</b>	1 060	1 000	1 130	1 000	1 130	1 000	1 290	1 000
<b>Heroin (g)</b>	1 090	800	1 100	1 000	1 080	1 000	1 280	1 000
<b>Kokain (g)</b>	2 220	2 000	2 060	2 000	2 000	2 000	1 920	2 500
<b>LSD (dávka)</b>	160	150	180	200	180	100	200	200

*Pozn. Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč*

## Komentář k přehledu

Dále se na trhu objevují drogy s různými koncentracemi účinných látek, není neobvyklé, když jsou tyto látky naředěny např. omítkou, cena se však mnohdy nemění, neb by bylo zřejmé, pro zkušené uživatele, že se nejedná o „kvalitní zboží“.

Jak je patrné z přehledu, jsou ceny drog poměrně stálé. Z této skutečnosti je možné udělat závěr, že se nezvyšuje poptávka po drogách, protože „drogový trh“ má stejné zákonitosti, jako trh obecně. Samozřejmě, že vyslovit tento předpoklad bez analýzy dalších faktorů by bylo málo opodstatněné, ale dalším ukazatelem je také např. věk závislých uživatelů na drogové scéně. Ten se podle údajů drogových služeb stále mírně zvyšuje.

Změny ceny drog jsou ovlivněny dalšími faktory, jako např. uvedení nového substitučního přípravku na trh. To se stalo po zavedení preskripce léčiva Subutexu (substituce opiátů), který byl v zápětí výrazně zneužíván uživateli drog na černém trhu a snížil tak cenu heroinu.

Příklad současné situace v HMP:

V HMP budou zavřeny psychiatrické ordinace, kde je ve velkém množství předepisováno léčivo Subutex. V tomto příkladu uvádím možné dopady na drogovou scénu.

Při odhadu 500 registrovaných pacientů je aproximativ celkového počtu uživatelů léčiva Subutex, pro které se významně sníží dostupnost zneužívané látky, více než 1500 osob (včetně zmíněných registrovaných pacientů), což je minimálně 15 % všech problémových uživatelů návykových látek v Praze.

Tento kvalifikovaný odhad vychází z předpokladu, že na každého substituovaného klienta jsou navázány další dvě osoby, kterým každý registrovaný pacient Subutex poskytuje.

Na předpokládaných negativních dopadech pro uživatele léčiva Subutex i na veřejnost se všichni oslovení odborníci shodují.

- Zvýšení ceny léčiva Subutex na černém trhu.
- V důsledku zvýšení ceny léčiva Subutex pak nárůst trestné činnosti, zejména krádeže.
- Zvýšení trestné činnosti jejíž obětí budou uživatelé léčiva Subutex v substituci v jiných ordinacích.
- Zvýší se pokusy o falšování receptů a rovněž tlak na jiné ordinace.

- Více uživatelů drog s abstinenčními příznaky, podrážděných, potenciálně agresivních
- Velký negativní dopad na sociálně nejslabší uživatele drog, kteří např. žebrají a/nebo finanční prostředky obstarávají sběrem / krádežemi barevných kovů.
- Zvýší se rozsah zneužívání rivotrilu, DHC, trangid náplastí, jejichž dostupnost se zvyšuje.
- Zvýší se rozsah injekčního užívání léčiva Suboxon.
- Nitrožilní uživatelé Subutexu budou brát menší množství tohoto léčiva a více jej kombinovat s benzodiazepiny.
- Část uživatelů se vrátí zpátky k heroinu, který je však aktuálně dostupný pouze v omezené míře. Tím vznikne příležitost pro distributory heroinu k zvýšení nabídky a pravděpodobně i ceny heroinu.
- Zvýšený pohyb / počet uživatelů na otevřené drogové scéně

Podle informací ze substitučních center není kapacitně možné klientelu, která bude bez Subutexu, zvládnout.

## **4 Specializované služby v HMP**

### **Sekundární a terciární prevence závislostí na návykových látkách**

Dramatický vývoj drogové scény v ČR i HMP po roce 1990 si vyžádal vznik nových služeb a programů protidrogové prevence. Velmi rychle reagovali zejména nestátní neziskové organizace (dále jen „NNO“). Státní instituce, jako např. oddělení léčby závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách byly nuceny rozšířit své kapacity. Některé programy sekundární a terciární protidrogové prevence však zůstaly výhradně na NNO. Jedná se o terénní programy, kontaktní centra a terapeutické komunity. Smutné je, že po roce 1990 se rozpadl systém AT ordinací, který byl naší světovou prioritou.

### **Specializovaná zařízení - charakteristika jednotlivých zařízení**

#### **4.1 SANANIM o. s.**

SANANIM byl založen v roce 1990 jako první nestátní nezisková organizace zabývající se problematikou závislostí na nealkoholových drogách. Vznik jednotlivých programů od roku 1990 je charakteristický pro rozvoj sítě služeb v HMP i ČR. Z toho důvodu uvádím charakteristiku jednotlivých programů i s rokem, zahájení jejich činnosti.

SANANIM je v ČR jedním z nejstarších a dnes i největších nestátních poskytovatelů služeb v oblasti prevence, péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách. Činnost sdružení dnes zabezpečuje 142 stálých zaměstnanců a na 40 externistů.

#### **Základní programy SANANIMU:**

##### **1991 - Terapeutická komunita Němčice (TKN)**

Terapeutická komunita Němčice zajišťuje dlouhodobou pobytovou léčbu a sociální rehabilitaci občanům České republiky, kteří nejsou schopni vlastními silami zvládnout závažné důsledky dlouhodobé kariéry užívání nealkoholových drog.

Hlavním posláním Terapeutické komunity Němčice je uzdravovat lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímání osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu.



### **1993 - Kontaktní centrum (KC)**

Nízkoprahové zdravotnické zařízení, které uživatelům návykových látek (experimentátorům, problémovým uživatelům či osobám se střední až těžkou závislostí) a jejich blízkým (rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům a známým) poskytuje především zdravotní, sociální a právní pomoc a uživatele motivuje ke změně životního stylu a k léčbě.

### **1994 - Terénní programy (TP) a Romský terénní program (TP ROM)**

Terénní programy se zaměřují na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek v Praze a na zvýšení jejich motivace ke změně životního stylu. Poskytují informace, sterilní zdravotnický materiál a poradenství ke zlepšení sociální a zdravotní situace uživatelů drog a motivují uživatele drog k pozitivní změně chování a k léčbě závislosti.

Svou činností zmenšují rizika působená společností.

### **1996 - Denní stacionář (DST)**

Denní stacionář je pražské ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání především nealkoholových drog a jejich blízkým. Usilujeme o stabilizaci a vyšší kvalitu života klientů s důrazem na abstinenci od omamných a psychotropních látek (OPL).

### **1996 - Doléčovací centrum s chráněnými byty (DC)**

nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje následnou péči především klientům po léčbě drogové závislosti s cílem podpořit je v návratu do běžného života a usnadnit jim ho.

Má tři programy, a to ambulantní, chráněné bydlení a chráněné dílny.

### **1998 - Terapeutická komunita Karlov (TKK)**

Hlavním posláním Terapeutické komunity Karlov je uzdravovat lidi ze závislosti, a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímáním osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu.

Terapeutická komunita Karlov je zařízení pro střednědobou (mladiství) až dlouhodobou (matky s dětmi) rezidenční léčbu osob závislých na návykových látkách. Je specifickým systémem léčebného zařízení, kde společenství lidí (klienti a terapeuti) a léčebný systém, vytvářejí bezpečný prostor pro růst jednotlivých členů komunity.

### **2003 - Drogové informační centrum (DIC)**

Slouží laické i odborné veřejnosti jako jeden ze zdrojů kvalitních a objektivních informací z oblasti drogové problematiky.

Hlavní náplní práce **Drogového informačního centra** jsou aktivity směřující k dostupnosti specifických informací, správa a distribuce informací jak pro ohroženou populaci a odbornou veřejnost, tak i pro laiky.

Vytvářením sítě a podporou komunikace projekt také přispívá ke zkvalitnění spolupráce a k zpřístupnění „zájmové“ informace co nejširšímu spektru klientely.

### **2003 - Specializované ambulantní služby CADAS**

CADAS je ambulantní zařízení, které nabízí osobám užívajícím nealkoholové omamné a psychotropní látky (OPL) komplexní a specializované ambulantní služby směřující ke zvládnutí specifických obtíží spojených s jejich užíváním. Jde především o zvládnutí odvykacích stavů či stabilizaci užívání tak, aby se snížily zdravotní a sociální dopady spojené s abusem.

Centrum nabízí také pomoc při řešení duševních onemocnění, která doprovázejí užívání drog, ať jde o diagnózu primární (přítomnou před začátkem užívání OPL), nebo duální (vzniklou až v souvislosti užívání drog).

Spektrum služeb zahrnuje psychoterapii, farmakoterapii a sociální poradenství. Další služby jsou zajištěny externě.

Základním smyslem činnosti je motivovat klienta ke změně životního stylu.

### **2003 - Doléčovací centrum pro matky s dětmi (DC MAT)**

Od r. 2003 je samostatným zařízením, které navazuje na motivační a léčebnou péči zajišťovanou DST a TKK. Matkám s dětmi poskytuje tři základní typy služeb: ambulantní doléčovací program, program chráněného bydlení a program chráněných pracovních míst.

### **2005 - Poradna pro rodiče (PPR)**

Poradna pro rodiče SANANIM usiluje prostřednictvím krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého léčebně podpůrného programu pro rodiče a ostatní blízké osoby uživatelů návykových látek o minimalizaci negativních dopadů chování uživatele drog na jeho rodinu a ostatní blízké osoby s cílem zvýšit kvalitu jejich života, provést je náročným životním obdobím a pomoci jim redukovat chování podporující, usnadňující či přímo umožňující závadové chování jejich dětí či partnerů.

Očekávaným výsledkem je v ideálním případě zlepšení zdravotního stavu (ve smyslu somatickém i psychickém) i sociálních podmínek rodičů, rodiny či blízkých osob uživatele drog a v konečném důsledku i samotného uživatele drog a úprava, eventuálně zlepšení jejich vzájemných vztahů. Nelze-li dosáhnout výrazného zlepšení, usilujeme alespoň o stabilizaci v uvedených oblastech nebo části z nich.

### **2005 - Pracovní a sociální agentura (PSA)**

Posláním Pracovní a sociální agentury je poskytovat osobám po léčbě ze závislosti, případně osobám stabilizovaným v substitučních programech, podporu při hledání zaměstnání a řešení souvisejících sociálních otázek.

### **2005 – SANANIM Charity services, s.r.o.**

Samostatný právní subjekt zřízený a stoprocentně vlastněný sdružením. Díky němuž lze realizovat aktivity typu Café-Therpy.

### **2005 – Café Therapy**

Po vzoru Velké Británie vznikla výcviková restaurace nejen pro klienty doléčovacího centra. Její existence již inspirovala mnoho podobných výcvikových zařízení podobného typu.

### **2006 - Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem (COKUZ)**

Hlavním posláním COKUZ je realizace preventivního a léčebného programu pro uživatele drog v konfliktu se zákonem prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit s cílem motivovat klienty ke změně životního stylu (prevence drogové a trestní recidivy, prevence šíření infekčních onemocnění) a také zprostředkování kontaktu s poskytovanými sociálními a zdravotními službami následné péče po propuštění z věznic.

#### **4.1.1 Vlastní zkušenosti ze tří programů o. s. SANANIM**

##### **Cafe – Therapy**

V chráněném zaměstnávání pro klienty doléčovacího centra jsem pracoval s přestávkami tři roky. Nastoupil jsem do Café Therapy (dále jen „CT“) jako barman. Postupně jsem se stal někým, kdo se nazývá „laický terapeut“ (můj vedoucí to nazval „coach klientů“). Má práce spočívala v poradenské činnosti a to jak profesní, tak životní.

Základní princip tohoto zařízení spočívá v pomoci klientům, kteří se léčí ze závislosti na návykových látkách, v postupném začleňování do společnosti. V půl ročním programu by si měli osvojit práci v pohostinství na různých pozicích - od pomocných prací až k práci za barem. Pro abstinující lidi s drogovou kariérou za sebou je to složitější, než by si nezasvěcený člověk uměl představit. Je to taková zkouška ohněm. Postupně musejí komunikovat s lidmi, pracovat s penězi, dodržovat pravidla a zpřísněný režim, zejména pak v zákazu požívání jakéhokoliv alkoholu. K úspěchu jim pomáhá i doléčovací program, který absolvují v Doléčovacím centru občanského sdružení SANANIM.

Při této praxi jsem si uvědomil několik podstatných věcí. Určitě, že se o tuto problematiku zajímám, chci se v ní zlepšit, chci jí víc porozumět, potřebuji vzdělání, teoretické základy, na kterých mohu praxi stavět.

##### **Terapeutická Komunita Karlov**

V létě roku 2008 jsem měl možnost vyzkoušet si na vlastní kůži život v terapeutické komunitě pro mladistvé a matky s dětmi, Karlov. Byl jsem zařazen do první fáze, která následuje po nulté – adaptační fázi, ve které má uživatel velmi omezené pole působnosti, snaží se zhodnotit dosavadní život a přemýšlet nad komunitní léčbou.

V první fázi jsem musel plnit stejné povinnosti, jako ostatní uživatelé, dle přísného režimu. Od ranní rozcvičky a pracovní bloky po pravidelné skupiny. Zažil jsem např. „interakční“, která slouží převážně k ventilaci a dořešení konfliktů ve skupině. „Životopisná“, kde uživatel popisuje svůj životní příběh. Nejzajímavější ovšem byla tzv. „výjimečná“ skupina, která se pořádala jen při velmi závažných situacích (např. krádež, přítomnost drog a agrese).

Ostatní mě přijali velmi dobře, potěšilo je, že jsem se nesnažil nikterak vyzvídat, spíše jsem se stal plnohodnotným členem komunity. Většinu času jsem se pohyboval mezi mladistvými, ale nejzajímavější bylo sdělení jedné matky, pro kterou byl jediným důvodem, proč přestat s drogou právě potomek.

Byl to zajímavý týden, který pro mne byl neskutečným přínosem pro mou další praxi.

### **Terénní Programy**

„Kdyby nebylo terénních programů, celej Václavák by si šlehal z jedný buchny a z pár céčkařů by tu bylo hafo s aidsem“, řekla mi při mé praxi jedna z aktivních uživatelék drog.

V rámci své několika denní praxe jsem měl možnost vidět situaci, která panuje v pražských ulicích. Společně se zaměstnanci terénních programů jsme si prošli vytipované lokality v samotném centru i vzdálenějších míst. Centrum města je charakteristické tzv. otevřenou drogovou scénou. Práce na otevřené drogové scéně je mimořádně náročná z hlediska velké zátěže klientů, častému kontaktu s klienty z jiných etnik (Romové, rusky mluvící uživatelé), exponovanosti míst (množství osob) a vzniku nebezpečných situací (trestná činnost a nevyřízené vzájemné dluhy klientů).

Převážně se naše práce zaměřovala na výměnu injekčních stříkaček, dále na doplnění potřebných propriet k aplikování návykové látky, aby bylo zmírněno riziko různých infekčních chorob ze špinavého materiálu. Tuto činnost doplňovala základní zdravotnická pomoc, osvětová činnost (předání informačního materiálu ohledně léčby, kontaktních center, atp.).

Sám jsem při své praxi poznal novinku, kterou zavádí městská část Praha 1. Snaží se o vytlačování injekčních uživatelů drog z horní části Václavského náměstí. Otázek, které mě v této souvislosti napadaly, bylo hodně. Například zcela logická - „KAM?“. Pokud na jinou sousedící městskou část, pak si myslím, že problém není řešen systematicky, ale jen přesunut na „sousedy“. Další otázka je „Proč?“, pokud se tak neděje přímo při páchání nějakého přestupku nebo trestné činnosti. A co dealeři? Co se nabídne klientům jako alternativa? Jak budou terénní pracovníci reagovat změnou práce? Nabízí se zkušenosti ze zahraničí. Například tzv. Aplikační místnosti, pojízdné měnící stanice, atd. Chybí však finanční prostředky a mnohdy i politická vůle.

## **4.2 DROP IN o.p.s.**

Nadace Drop In vznikla na sklonku roku 1991 v souvislosti se změnou společenského systému a tím možností zřídit systém komplexní prevence a péče o uživatele nelegálních drog a jejich rodinné příslušníky, který by co nejlépe vyhověl daným potřebám.

Zakladatelé nadace **MUDr. Jiří Presl** a **PhDr. Ivan Douda** chtěli zřídit instituci, která by svojí činností navazovala na původní státní Středisko drogových závislostí FNII (kde oba pracovali od roku 1982 do roku 1991), ale byla by méně ovlivněna systémem státní drogové politiky, omezujícím doposud péči o závislé na čistě medicínském modelu.

**Počátkem roku 1999 se nadace DROP IN změnila v nový právní subjekt, a sice Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN**, registrované nestátní zdravotnické zařízení. Pojetí a filozofie DROP IN se zaměřují na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů v intenci tzv. **HARM REDUCTION**. Jako jedna z priorit sem spadá i prevence vůči HIV infekci mezi osobami, které si drogu aplikují intravenózně = nitrožilně. Další prioritou DROP IN jsou různé typy preventivní činnosti.

DROP IN prosazuje od svého založení pragmatický pohled na řešení drogové problematiky a snaží se ovlivnit postoj společnosti k drogové problematice ve směru realistického pojetí dané oblasti.

**1991** - Na základě iniciativy zakládajících členů dochází na konci roku k **založení nadace DROP IN**, která jako první v České republice prosazuje pragmatický pohled na řešení drogové problematiky.

#### **1992 - Nízkoprahové středisko**

V dubnu dochází k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin. Středisko je koncipováno jako nízkoprahové, tedy s co nejmenším vstupním prahem pro uživatele drog. Středisko vzniklo na základě transformace státního střediska pro drogové závislosti, které pracovalo od r. 1971. Jedná se o ambulantní péči o uživatele návykových látek a vstupní zařízení do ostatních programů DROP IN.

**1993 - Zahájení prvního programu substituční léčby v ČR.** Program probíhal ve středisku DROP IN formou podávání Diolanu.

#### **1996 - Streetwork**

Příprava a otevření programu Streetwork, který poskytuje své služby přímo v přirozeném prostředí, kde se uživatelé drog pohybují. Tento projekt byl jakousi prodlouženou rukou střediska, zabezpečující větší dostupnost služeb pro uživatele drog.

### **1997 - Street Mobil**

Jde o aktivitu, která se soustřeďuje na nabízení svých služeb nejen v centru Prahy, ale všude po území HMP i mimo něj, kde je větší koncentrace uživatelů drog. Terénní práce na toxikomanských bytech.

**1999** - V lednu tohoto roku dochází k otevření programu **Centra následné péče**, nabízejícím své služby bývalým uživatelům drog, kteří již absolvovali základní typ léčby. Program je koncipován jako ambulantní. Zařízení poskytuje poradenství a psychoterapii jak bývalým uživatelům drog, tak rodičům a partnerům osob, které návykové látky užívají. **Centrum následné péče se přestěhovalo v roce 2001** do nových prostor na Praze 5. Dochází k plné stabilizaci nových projektů a k **spolupráci s nadací Terezy Maxové**.

**2000** - V lednu byl otevřen projekt **Resocializace matek** užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech. Slouží matkám a rodičům ohroženým drogami, těhotným uživatelkám drog.

**2000 - Vznik Centra metadonové substituce na Praze 2.** Nízkoprahové substituční centrum poskytuje substituci metadonem a Subutexem závislým na opiátech. Vzhledem k velkému počtu zájemců o metadonovou substituci se začíná připravovat projekt na otevření nového Centra metadonové substituce na Praze 4.

**2002** - Zahájen provoz nového **Centra metadonové substituce na Praze 4**. V tomto roce bylo **Centru metadonové substituce na Praze 2** zcela zničeno povodněmi.

**XTC - Práce s uživateli tanečních drog** a testování tablet "Extasy" na techno párty.

**2003** - Znovuotevření **Centra metadonové substituce na Praze 2**.

**2006** - Dochází k přestěhování obou Center metadonových substitucí z důvodů prodeje resp. demolice stávajících prostor.

Od této doby je **Centrum metadonové substituce a ambulantní detoxifikace Praha 1 Drop In, o.p.s.** na adrese: Ve Smečkách 8, 110 00 Praha 1. Program funguje na principu psychiatrické ambulance s rozšířeným působením vzhledem k přidruženému nonstop provozu **nízkoprahového substitučního programu** metadonové a buprenorfinové substituce. Od prosince 2009 byl program nucen rozšířit výdejní dobu z hlediska toho, že nebylo možné zvládat nápor klientů.

**Centrum metadonové substituce Praha 2 Drop In, o.p.s.** je na adrese Španělská 8, Praha 2, 120 00. Program funguje jako psychiatrická ambulance s rozšířenou působností s provozem metadonové a buprenorfinové substituce ve **vysoko prahovém režimu** pro dobře socializované klienty. Program motivuje klienty k získání legální pracovní smlouvy. Do programu je začleněna i klientela se specifickými potřebami, skupina matek závislých na opiátech.

**2010** - Projekty Streetmobil a Streetwork byly sloučeny.

### **4.3 PROGRESSIVE o. s.**

Občanské sdružení PROGRESSIVE je nestátní nezisková organizace, která vznikla 28. 1. 2003 za účelem pružně a adekvátně reagovat na potřeby současné společnosti s důrazem na děti, mládež a mladé dospělé. Již od svého vzniku se organizace zaměřovala na specifickou protidrogovou prevenci, především na HR programy.

#### **Základní programy PROGRESSIVE:**

##### **2003 - NO BIOHAZARD**

Terénní program NO BIOHAZARD je nízkoprahový program zaměřený na práci s uživateli nealkoholových drog, především s injekčními uživateli.

##### **2008 - STAGE 5**

Program STAGE 5 je kontaktní centrum zaměřující se na problematiku užívání nealkoholových drog.

##### **2007 – 2008 NON STOP 24**

Projekt NON STOP 24 představuje pilotní projekt v České republice. Jde o distribuci sterilních jehel, stříkaček, kondomů, dezinfekcí (souhrnně harm reduction materiál) pomocí automatu. Projekt byl zastaven a doposud není obnoven.



## **2009 - FIXPOINT**

Obsahem projektu je instalování speciálních bezpečnostních kontejnerů uzpůsobených na odhoz infekčního injekčního materiálu. Zatím je projekt omezen na městské části Praha 5 a Praha 8.

## **2008 - CROSS OVER**

Poradenské centrum nabízí ambulantní péči dětem a mladistvým do 18ti let věku, případně starším v době jejich přípravy na povolání, kteří mají potíže a svobodně se rozhodnou využít naši pomoc k jejich řešení.

## **4.4 ESET o.s.**

Občanské sdružení **ESET-HELP** vzniklo v roce 1995. Naším posláním je rozvoj a péče o duševní zdraví. Jednotlivé programy navazují na existující zdravotnickou péči v oblasti a rozšiřují ji o nabídku služeb z oblasti rehabilitace, resocializace a psychosociálního a právního poradenství.

Lidem, kteří se na nás obrátili, pomáháme znovu získat zdravotní, psychickou a sociální stabilitu a obnovit či rozšířit své možnosti a dovednosti tak, aby překonali nepříznivý stav, ve kterém se nacházejí, a dosáhli plnohodnotného a spokojeného života.

Služby orientujeme co nejbližší k člověku a jeho přirozenému prostředí, neboť jsme si vědomi důležité a stále rostoucí úlohy komunity pro život jednotlivce i společnosti.

### **Terénní program**

Zaměřuje se na zlepšení životní situace uživatelů drog, prevence jejich poškození infekčním onemocněním a šíření těchto nemocí, prevence zhoršení zdravotního stavu a sociální situace uživatelů drog, poskytování vyvážených informací o problému. Následně podpora a motivace při změně jejich životního stylu. Cílem služby je rovněž ochrana širší komunity ve smyslu snížení rizikových faktorů (kriminalita, šíření infekčních onemocnění aj.) v daném regionu.

## 5 Harm Reduction - srovnání výkonnosti služeb v HMP v letech 2009 a 2010

Jedním ze základních ukazatelů efektivity služeb Harm Reduction je výměnný program. Vzhledem k tomu, že se jedná skutečně o **výměnu**, což je velmi významný argument k podpoře zachování a rozvoji těchto služeb na území HMP, je oddělení protidrogové prevence MHMP jediným pracovištěm, které má ve výkaznictví také jehly in, tedy jehly přijaté od PUD. Situaci v HMP ukazuje následující tabulka.

**Výměnný program v terénních programech a kontaktních centrech:**

### 5.1 Přehled za rok 2009

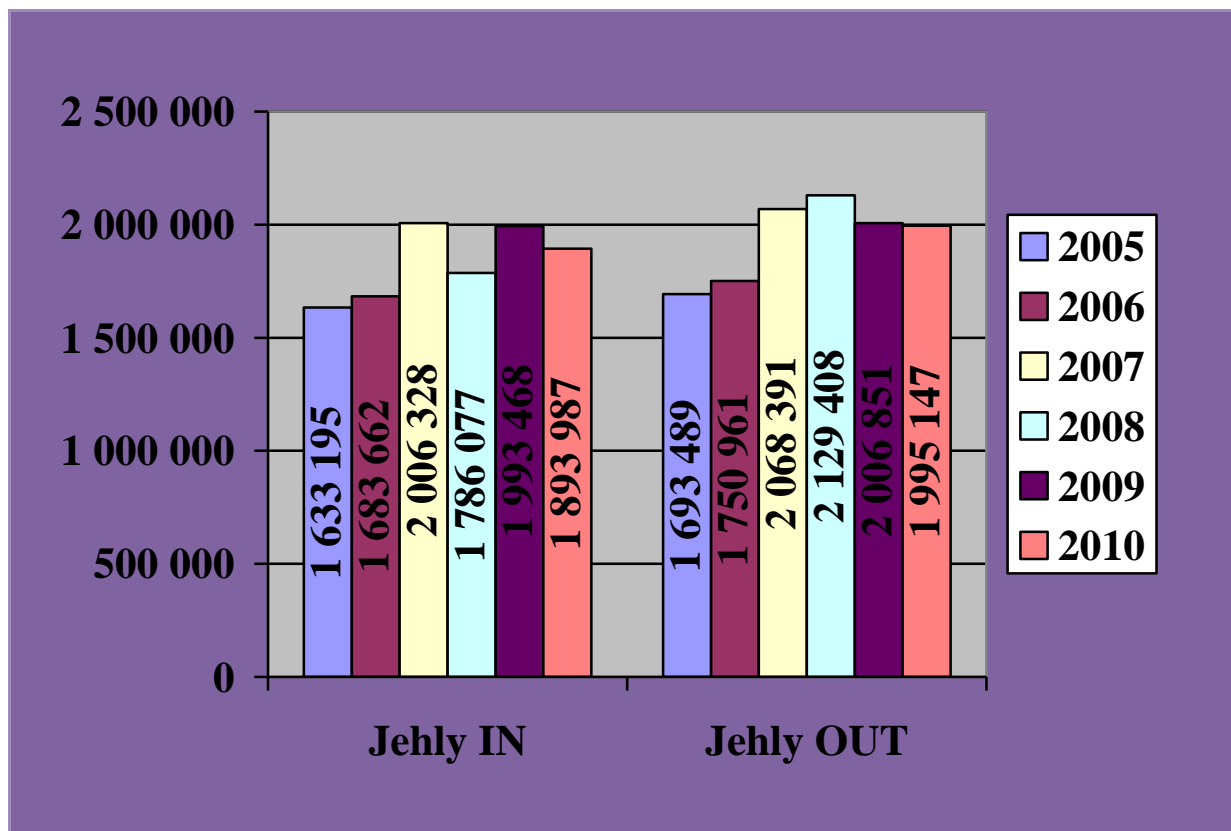
Služba	Počet osob	Počet kontaktů	IN	OUT	Náklady
DROP IN - Nízkoprahové středisko	811	14 612	188 865	202 870	4 587 891,16
DROP IN - TPSA (Terénní program sociálních asistentů)	2 026	34 878	228 809	275 673	3 461 361,76
SANANIM - Terénní programy	2 266	42 460	312 172	357 585	7 043 266,00
SANANIM - Kontaktní centrum	2 731	28 072	900 602	903 652	8 498 806,93
PROGRESSIVE - No Biohazard (TP)	1 522	19 104	90 780	107 142	2 959 100,00
PROGRESSIVE - Stage 5 (KC)	686	6 394	241 499	240 223	3 464 800,00
ESET HELP, terénní program	28	208	30 741	26 848	805 427,00

<b>Celkem</b>	<b>10 070</b>	<b>145 728</b>	<b>1 993 468</b>	<b>2 006 851</b>	<b>30 820 652,85</b>
---------------	---------------	----------------	------------------	------------------	----------------------

## 5.2 Přehled za rok 2010

Služba	Počet osob	Počet kontaktů	IN	OUT	Náklady
DROP IN - Nizkoprahové středisko	1004	15 128	198 044	208 213	4 485 400,00
DROP IN - TPSA (Terénní program sociálních asistentů)	1 566	17 177	114 837	124 823	2 916 000,00
SANANIM - Terénní programy	2 324	37 607	300 783	368 794	7 451 000,80
SANANIM - Kontaktní centrum	1 965	24 004	790 880	803 144	8 988 286,90
PROGRESSIVE - No Biohazard (TP)	3 300	19 174	103 528	117 908	2 983 000,00
PROGRESSIVE - Stage 5 (KC)	1 168	14 359	354 627	340 710	3 354 154,00
ESET HELP, terénní program	79	587	31 288	31 555	857 750,00
<b>Celkem</b>	<b>11 406</b>	<b>128 036</b>	<b>1 893 987</b>	<b>1 995 147</b>	<b>31 035 591,70</b>

### 5.3 Srovnání výměnných programů středisek HMP v letech 2005 až 2010



*Jehly IN* vykazují počty použitých jehel přijatých terénními pracovníky a pracovníky kontaktních center v rámci Harm Reducion. *Jehly OUT* vykazují počty vydaných jehel uživatelům služeb.

## Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo představit protidrogovou politiku HMP. K dosažení tohoto cíle jsem zmapoval současnou drogovou scénu podle aktuálních a dostupných údajů, vývoj systému služeb jsem dokumentoval na podrobném popisu a historii vzniku programů tří největších, nejvýznamnějších poskytovatelů služeb a srovnal jejich výkonnost v oblasti Harm Reduction.

Práce ukázala, že HMP má velmi kvalitní systém protidrogových služeb, kde žádná podstatná služba nechybí. Otázkou zůstává kapacita a rozvoj služeb, které musí reagovat na změny v poptávce po nich. I přes racionálně nastavenou a systematicky prováděnou protidrogovou politiku v HMP, je v této oblasti řada problémů jako např. stále vysoký počet uživatelů drog, kumulace otevřené drogové scény ve dvou lokalitách, časté zne/užívání marihuany mládeží, vysoká kriminalita, zejména krádeže ve spojení s užíváním návykových látek, pouliční prodej drog, pěstírny marihuany, „varny“ pervitinu aj.

Velkým problémem je neochota laické veřejnosti přijmout principy efektivní protidrogové politiky a snaha vytlačit - nezřídít - některé skutečně potřebné programy na jejich území. V tomto smyslu je třeba podpořit osvětu a trpělivě vysvětlovat a vysvětlovat. Kdo se bojí, ten je proti. Je to pochopitelné a lidské, ale neefektivní, není to řešení.

Na základě programů primární prevence, které znají všechny děti a mládež, všichni vědí mnoho o drogách a jejich nebezpečí. Smutné je, že všichni také nebezpečnost podceňují a domnívají se, že budou ti první, kteří drogám nepodlehnu. Podlehnu.

## 6 Literatura

KALINA, K. a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Úřad vlády České republiky, Praha 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4

KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. 1. a 2. Díl*, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, 662 s. ISBN: 80-86734-05-6.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš, et al. *Projekt analýzy dopadů: novelizace drogové legislativy*. Praha : ResAd, 2001. 50 s.

BEČKOVÁ, Ilona; VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha : Karolinum, 1999. 112 s. ISBN 80-7184-864-6.

DOLEŽAL, Jiří X. *Marihuana*. Olomouc: Votobia, 1997. 173 s. ISBN 80-7198-171-0.

PRESTON, Andrew. *Vše o Metadonu*. Tomáš Zábranský a Dana Syslová. Olomouc: Votobia, 1999. 166 s. ISBN 80-7198-383-7.

WHO, *Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1998. 25 s.

RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog : Zásady a praxe*. Jana Krchová. Brno : Albert, 1999. 70 s. ISBN 80-85834-71-5.

NEKOLA, Martin. *Zaostřeno na drogy*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. 12 s. ISSN 1214-1089.

TERMER, Aleš, et al. *Dekontaminace*. Praha : Sananim, 2010. 20 s.

Česko. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2009, 102, s. 419-421.

JANYŠKOVÁ, N. Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky HMP v roce 2009 : Výroční zpráva. Verze 1 Praha, 2010. 38 s. KOPPR Krajské oddělení protidrogové prevence. Nепublikováno.

MRAVČÍK, V. a kol., *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009* [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010 [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: < [http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/123695/525943/file/vyrocní\\_zpráva\\_o\\_stavu\\_ve\\_věcech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2009\\_CZ\\_final\\_www1.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/123695/525943/file/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2009_CZ_final_www1.pdf)>.

STUDNÍČKOVÁ, B., PETRÁŠOVÁ B. *Výroční zpráva Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* [online]. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2010 [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: < <http://www.hygp Praha.cz/files/Praha%202009.pdf>>.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výroční zpráva 2009* [online]. Praha: Národní protidrogová centrála, 2010 [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: < [www.policie.cz/soubor/vyrocní-zpravy-2009-vyrocní-zpráva-2009-pdf.aspx](http://www.policie.cz/soubor/vyrocní-zpravy-2009-vyrocní-zpráva-2009-pdf.aspx)>.

SANANIM o.s.. Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2010: Závěrečná zpráva. Verze 1 Praha, 2011. 11 s. KOPPR Krajské oddělení protidrogové prevence. Nepublikováno.

DROPIN o.p.s.. Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2010: Závěrečná zpráva. Verze 1 Praha, 2011. 11 s. KOPPR Krajské oddělení protidrogové prevence. Nepublikováno.

PROGRESSIVE o.s.. Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2010: Závěrečná zpráva. Verze 1 Praha, 2011. 11 s. KOPPR Krajské oddělení protidrogové prevence. Nepublikováno.

ESET o.s.. Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2010: Závěrečná zpráva. Verze 1 Praha, 2011. 11 s. KOPPR Krajské oddělení protidrogové prevence. Nepublikováno.

## 6.1 Elektronické zdroje

*Drogy-info.cz* [online]. 2003 [cit. 2011-04-05]. Drogy a zákon. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon)>.

*Psp.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-04-05]. Psp.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=260&CT1=0>>.

*Magistrát Hlavního Města Prahy* [online]. 2009 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://magistrat.praha-mesto.cz/>>.

*Sananim* [online]. 2007 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.sananim.cz/>>.

*Dropin* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.dropin.cz/>>.

*Progressive-os* [online]. 2011 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.progressive-os.cz/>>.

*Esethelp* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.esethelp.cz/>>.

## 6.2 Sazba a forma citace

TICHÁ, L., CIVÍNOVÁ, Z., MORYSKOVÁ, M., TRTÍKOVÁ, I., NĚMEČKOVÁ, L.: *Jak psát vysokoškolské závěrečné práce* [online]. Praha: Ústřední knihovna ČVUT, 2009 [cit. 2010-06-13]. Dostupný z www: <[http://altknihovna.cvut.cz/studium/vskp/jak\\_psat\\_vskp.pdf](http://altknihovna.cvut.cz/studium/vskp/jak_psat_vskp.pdf)>